OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR UN

CAS D'ANÉVRYSME

DE L'ARTÈRE FÉMORALE

POUR LEQUEL ON A PRATIQUÉ

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE,

SUIVANT LE PROCÉDÉ DE BOGROS.

PAR G. MIRAULT,

Membre correspondant de l'Académie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale à l'École secondaire de médecine de la même ville, membre de la Société de médecine d'Angers, membre correspondant de la Société médicale du canton de Genève, etc.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT-SREET.

1838.

Extrait des *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tom. VII.

Imprimerie de COSSON, rue Saint-Germain-des-Prés, 9.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR UN CAS

D'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE FÉMORALE

POUR LEQUEL ON A PRATIQUÉ

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE,

SUIVANT LE PROCÉDÉ DE BOGROS.

OBSERVATION. Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au dessous du ligament de Fallope ; ligature de l'iliaque externe quarante-cinq jours après la blessure ; gangrène consécutive au talon et au gros orteil avec nécrose de la deuxième phalange ; chute et reproduction des ongles des cinq orteils, diminution progressive et disparition complète de la tumeur au bout de sept mois ; guérison.

Le 30 avril 1836, le nommé Jean Breton, roulier, âgé de 36 ans, bien constitué, reçut, dans une rixe, un coup d'épée de canne, à la partie supérieure, antérieure et externe de la cuisse gauche ; aussitôt douleur vive dans la profondeur du membre, chute du blessé et écoulement d'une assez grande quantité de sang vermeil. Cependant Breton se relève sans le secours de per-

sonne; mais il peut à peine s'appuyer sur l'extrémité gauche et est forcé de monter sur une charrette pour regagner sa demeure distante d'une lieue à une lieue un quart de chez lui; la voiture roulant sur le pavé, cause des secousses qui retentissent douloureusement dans le membre blessé, et obligent Breton à descendre; il prend le bras d'un camarade et fait, à pied et en boîtant, le reste du chemin. A peine arrivé, Breton fait appeler un médecin, qui, ne soupçonnant pas la gravité de la blessure, fait appliquer un cataplasme émollient, et prescrit de garder le repos. Déjà il était survenu un gonflement de toute la cuisse, particulièrement vers le côté postérieur. Huit ou dix jours se passent; la douleur et le gonflement se dissipent en grande partie; la peau revêt une couleur brunâtre due à l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire. Cependant, ennuyé de son inaction et pressé par son maître, Breton, quoiqu'il souffre et boîte encore, reprend son travail, se tenant le plus qu'il peut assis sur sa charrette. Mais bientôt il est forcé de s'arrêter. C'est pendant ces jours de travail qu'il s'est aperçu qu'une tumeur se développait à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. Dabord d'un très-petit volume, elle acquiert rapidement celui d'un œuf de poule; elle est alors dure et non douloureuse au palper.

Après s'être reposé de nouveau environ une semaine, Breton va consulter un autre médecin; c'était le vingt-troisième jour depuis la blessure. Celui-ci croit reconnaître un engorgement du tissu cellulaire ou des ganglions inguinaux et ordonne l'application de douze sangsues. Le malade se sent bien soulagé, et, à quelques jours de là, retourne encore à ses chevaux, boîtant toujours; alors la tumeur fait des progrès de plus en plus considérables et les douleurs, qui s'étaient calmées momentanément, deviennent beaucoup plus fortes. Enfin le dernier médecin, consulté une seconde fois, reconnaît un anévrysme, et conseille à Breton d'entrer à l'Hôtel-Dieu d'Angers, ce qu'il fait le 7 juin 1836.

Le lendemain (trente-huit jours depuis le coup d'épée) je le trouvai dans l'état suivant : à la partie supérieure de la cuisse,

dans le triangle inguinal, existe une tumeur arrondie, mais mal circonscrite, d'un demi-pouce de relief environ, sans changement de couleur à la peau, plus molle que dure, comme pâteuse, compressible, et reprenant assez promptement son volume, qui est considérable. Elle s'étend, de haut en bas, depuis le ligament de Fallope jusqu'à quatre pouces au dessous, et n'a pas moins de cinq pouces d'étendue transversalement. Cette tumeur offre à la vue et au toucher des pulsations isochrones aux contractions des ventricules du cœur; des mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement et un frémissement plus marqué dans la partie antérieure et externe que dans les autres sens; l'auscultation y démontre l'existence d'un bruissement particulier, espèce de *susurrus* qui rappelle le bruit *cataire*. Si l'on exerce une pression au dessus de la tumeur, sur le trajet de l'artère iliaque externe, son volume diminue et ses pulsations disparaissent; si au contraire on comprime la crurale au dessous d'elle, son développement reste à peu près le même, mais ses battemens deviennent plus forts. Douleur et engourdissement permanens dans la cuisse, et qui augmentent quand le malade se tient debout ou s'efforce de marcher; claudication. Les deux extrémités inférieures, mesurées comparativement à leur partie supérieure, offrent une différence de deux pouces en excès du côté gauche. État général satisfaisant. *Prescription :* saignée de bras de douze onces, application de topiques froids sur la tumeur.

Le 9, dans le but de rendre plus active la circulation collatérale, on comprime l'artère fémorale, vis-à-vis de la branche horizontale du pubis, à l'aide d'un tourniquet dont la pelote est surmontée d'une pile conique de morceaux d'agaric, solidement fixés; le lacs est placé autour du bassin, et la pelote est maintenue dans une direction perpendiculaire à l'artère par des liens qui, de sa tige, se rendent à un bandage de corps, les uns directement, les autres en faisant l'office de sous-cuisses. Ce petit appareil ne suspend point complétement le cours du sang, et les mouvemens de dilatation de la tumeur ne sont qu'affaiblis; néanmoins, la

compression ne tarde pas à rendre plus vives les douleurs de l'extrémité inférieure, et l'on est obligé de la suspendre. Le lendemain on la reprend, mais elle produit les mêmes effets, et on la remplace par l'application sur la tumeur d'une vessie contenant de la glace pilée. Saignée de bras de dix onces.

Le 12, une consultation à laquelle prennent part plusieurs de mes confrères attachés au service de l'hôpital, a lieu après la visite. On s'accorde sur la nécessité de lier l'artère iliaque externe, mais on conseille de différer l'opération de quelques jours pendant lesquels on reviendra à la compression pour donner le temps aux collatérales de se dilater. Cette fois la compression est pratiquée avec des compresses graduées assujéties par le spica de l'aîne, et l'on applique un bandage compressif qui recouvre toute l'étendue du membre ; mélange réfrigérant sur la tumeur. Le malade s'attendait à éprouver les mêmes souffrances qu'aux deux premières applications du bandage compressif, et il fut surpris bien agréablement de n'en ressentir aucune et de pouvoir conserver une attitude fixe, la cuisse et la jambe demi-fléchies. Il passa ainsi dans un état de calme mais presque sans sommeil les journées du 12, 13 et 14 ; cependant comme la tumeur paraissait faire des progrès, je me décidai le 15 à pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe, suivant le procédé de Bogros ; c'était le 46e jour depuis la blessure.

Le malade étant couché sur un lit, dans la supination, le bassin un peu exhaussé par un drap d'alaise plié en plusieurs doubles, je fis à la peau, trois lignes au dessus et suivant la direction du ligament de Fallope, une incision de trois pouces, dont les extrémités étaient à égale distance du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le tissu cellulaire graisseux, le fascia superficialis et l'aponévrose du muscle grand oblique furent coupés successivement, et je pénétrai dans le canal inguinal. Je soulevai ensuite les bords des muscles petit oblique et transverse, et le cordon des vaissaux spermatiques pour avoir plus de facilité à pénétrer plus avant ; je détachai en dehors dans l'étendue de huit à dix lignes

ces deux muscles de leur adhérence à l'arcade crurale, pendant qu'un aide les écartait de bas en haut ainsi que le cordon, avec un crochet mousse ; j'avais sous les yeux le fascia transversalis, largement à découvert, et j'apercevais au travers l'artère épigastrique et sa veine satellite, un peu plus rapprochées de l'angle interne de la plaie que de l'externe. Au même moment, le feuillet aponévrotique et le péritoine étaient fortement poussés au dehors par les intestins qui tendaient à faire hernie, et il fallut que l'aide les refoulât de son autre main, pour que je pusse continuer. Le fascia transversalis fut ensuite moitié coupé, moitié déchiré avec la sonde cannelée, trois lignes environ au dessus, en dehors de l'artère épigastrique, sur laquelle j'arrivai avec précaution, et qui me servit de guide pour pénétrer jusqu'à l'artère iliaque externe, dont elle naissait près du ligament de Poupart; alors, remontant le trajet de l'iliaque, qui battait sous mon doigt, et, décollant le péritoine, je déchirai la gaîne celluleuse commune à l'artère et à la veine du même nom, je passai sous la première une ligature de deux brins de fil de soie, à l'aide de la sonde cannelée et d'un stylet aiguillé, et j'interceptai, par deux nœuds, le cours du sang dans le vaisseau. Les battemens cessèrent aussitôt dans la tumeur anévrysmale, le malade perdit peu de sang, il fut fourni par l'artère et la veine des tégumens de l'abdomen, qui furent liés au commencement de l'opération; toute l'extrémité fut ensuite entourée de corps chauds. Deux heures après la ligature de l'iliaque, les douleurs que Breton ressentait habituellement étaient dissipées. Le soir, le thermomètre appliqué sur la cuisse gauche marquait 34° centigrades, comme de l'autre côté. Diète.

Le 16 (2e jour), sommeil de plusieurs heures dans la nuit; douleurs dans l'aîne produites par la toux; le malade a contracté un catarrhe par le refroidissement des fomentations dont le membre a été couvert; on remplace celles-ci par des bouteilles d'eau chaude et des lainages secs et chauds que l'on renouvelle de temps en temps ; aucune douleur dans la région iliaque ni dans le reste de l'abdomen qui contient des gaz; peau chaude, pouls

à 88-90. Breton est changé de lit. Julep pectoral, looch blanc pour la nuit.

Le 17 (5e jour), calme parfait, apyrexie ; la température de l'extrémité gauche s'est élevée à 36°, celle du côté droit est restée à 34° ; 4 bouillons.

Le 18 et le 19 (4e et 5e jours), continuation de la toux, secousses douloureuses dans la plaie, sommeil interrompu, peau naturelle, pouls à 75, deux degrés et demi de température en excès dans le membre opéré ; la suppuration commence à s'établir, on renouvelle en partie les pièces de l'appareil.

Le 20 (6e jour), diminution de la toux, expectoration catarrhale, aucune douleur, pouls à 64, pansement complet ; des pressions exercées avec ménagement sur la fosse iliaque ne font point sortir de pus, on espère que le fond de la plaie s'est réuni par première intention, on cherche vainement des battemens dans les artères de l'extrémité gauche ainsi que dans la tumeur, l'oreille appliquée sur celle-ci n'y entend aucun bruit, elle paraît plus molle et moins saillante.

Le 21 (7e jour), le malade, qui n'a point encore été à la selle depuis l'opération, éprouve des envies fréquentes, mais il n'ose pousser on bas, parce qu'alors il sent des douleurs dans la région inguinale. On donne une once d'huile de ricin, qui produit six selles dans la journée ; ces évacuations se sont faites presque sans douleur et sans beaucoup de fatigue ; suppuration abondante et louable ; elle ne paraît pas séjourner dans la plaie, dont l'aspect est satisfaisant, on panse le matin et le soir. Breton est changé de lit.

Les 22 et 23 (8e et 9e jours), trois ou quatre selles bilieuses par jour, le membre gauche est à 37°, le droit à 35°.

Le 24 (10e jour), toutes les pièces de l'appareil sont imprégnées d'une suppuration abondante dont l'odeur est forte et pénétrante ; une pression exercée sur la fosse iliaque fait sortir un flot de pus, et démontre que celui-ci séjourne au fond de la plaie, et qu'il n'y a point eu de réunion immédiate ; une sonde de gomme élas-

tique portée par la plaie pénètre à deux pouces et quart dans une direction oblique en haut et un peu en dehors, et l'on s'aperçoit qu'il s'est formé, sur son trajet, à la hauteur des muscles petit oblique et transverse, un rétrécissement qui gêne la sortie du pus; pour corriger cette disposition vicieuse on rompt, avec le doigt, les adhérences récentes qui se sont établies entre ces muscles et le ligament de Fallope; on nettoie la plaie par des injections, et l'on y place une grosse mèche enduite de cérat. Une compression légère est ensuite appliquée sur la fosse iliaque, et le malade reste couché sur la fesse gauche.

Du 25 au 27 (du 11e au 13e jour), l'état du malade offre un changement alarmant: prostration, regard sombre et abattu, ses traits sont concentrés et expriment la souffrance; Breton paraît indifférent et étranger à ce qui se passe autour de lui, sa parole est lente, sa voix éteinte, assoupissemens, rêvasseries fatigantes, réveil en sursaut, secousses dans les membres; respiration précipitée, haletante; toux, expectoration difficile à cause de la douleur que les efforts occasionent dans la plaie; aucun signe fourni par la percussion et l'auscultation de la poitrine; point de douleur dans le ventre ni dans la fosse iliaque; fièvre, le pouls varie de 95 à 100 pulsations. La suppuration plus liquide, verdâtre, d'une odeur fétide, est très-abondante et nécessite trois pansemens par jour. La plaie est de bon aspect; injections d'eau de sureau le matin et le soir; continuation des selles bilieuses. On donne de deux à quatre bouillons. Ce changement subit dans l'état de Breton peut être expliqué par une élévation considérable de la température et l'état fortement électrique de l'air. L'affaiblissement du sujet, résultat de plusieurs causes réunies, telles que la quantité considérable de pus fournie par la plaie, les évacuations alvines et la diète, le disposaient beaucoup à ces influences atmosphériques. Dans la soirée du 28, la plupart des symptômes énumérés plus haut disparurent, et Breton eut plusieurs heures d'un bon sommeil les nuits suivantes.

Le 29 (14me jour), le mieux continue; on accorde deux bouil-

lies légères ; l'appétit est presque nul, et le malade se contente d'en prendre quelques cuillerées. Ce jour j'ai voulu faire cesser l'application des flanelles chaudes ; mais, des douleurs assez vives s'étant manifestées dans le pied, Breton a demandé que l'on continuât leur emploi. Amaigrissement notable du sujet.

Le 30 (15me jour) est marqué par des symptômes semblables à ceux du 26 et du 27 : accablement extrême, sorte de stupeur, etc. Ce jour, le thermomètre était à 31° centigrades à trois heures de l'après-midi, et le temps était orageux. Breton, dont la chambre est exposée au midi, se plaint d'une chaleur étouffante. Il ressent dans la jambe de violentes douleurs qu'il attribue d'abord à la position du membre, mais qu'on ne parvient point à faire cesser en changeant celle-ci plusieurs fois. Il n'éprouve du soulagement que quand on enveloppe les parties souffrantes avec une étoffe de laine fortement chauffée. Deux soupes maigres, un macaron, quelques cerises, un peu de vin de Bordeaux; le soir, à 9 heures, je trouvai Breton encore plus abattu que le matin, ses forces semblaient épuisées ; depuis quelques jours, la suppuration était si abondante qu'on pouvait craindre que le malade n'y succombât.

Le 1er juillet (16me jour), état plus satisfaisant sous tous les rapports ; diminution de la suppuration, qui devient plus liée. Chute de la ligature sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang. La sonde, portée dans la plaie, pénètre toujours à la même profondeur, mais celle-ci a beaucoup diminué en étendue. Même pansement, excepté que l'on fait des injections avec la décoction de quinquina. Deux soupes, œufs au lait, cerises, limonade avec addition de vin de Bordeaux ; potion tonique.

Pendant la première semaine de juillet, la cicatrisation de la plaie fait des progrès notables ; son fond se rétrécit ; la suppuration diminue en proportion ; les forces reviennent, le visage exprime la gaîté, la voix voilée, pour ainsi dire, jusques-là, devient plus ferme et plus sonore. La température des deux cuisses n'offre plus qu'un demi-degré de différence. Régime plus nour-

rissant, le malade mange du pain, de la viande et des légumes.

Du 8 au 12 juillet (du 23me au 27me jour), les douleurs de la jambe et du pied se réveillent; élancemens et fourmillemens dans les orteils, qui sont douloureux à la pression; petites taches violâtres sur le bout du gros orteil et la face dorsale de la phalangine du deuxième orteil.

Du 14 au 19 juillet (du 29me au 34me jour), la mèche ayant été supprimée pendant plusieurs jours, il s'est établi des adhérences sous forme de cloisons qui divisent la plaie en deux trajets, dans la plus grande partie de sa profondeur; ces deux conduits aboutissent à un sinus, d'où le pus ne sort qu'avec difficulté; à chaque pansement on en fait sortir une forte cuillerée par des pressions exercées sur la fosse iliaque. On dilate à plusieurs reprises, l'un des trajets fistuleux avec des éponges préparées à la corde, et l'on obtient une libre sortie du pus; continuation des injections détersives. La tache du gros orteil s'est convertie en une escarrhe qui occupe toute la face inférieure de sa deuxième phalange; la face supérieure du même orteil, ainsi qu'une grande partie du dos du pied, offrent des ecchymoses livides; le pied est froid; la moindre pression qu'on exerce sur lui cause une douleur assez vive. Lorsque le malade fait des mouvemens, et surtout quand il se lève pour faire faire son lit, les souffrances qu'il a déjà éprouvées bien des fois dans le membre opéré se réveillent et se prolongent plusieurs heures; parfois elles reparaissent encore spontanément. La maigreur du sujet persiste au même degré, bien que, depuis quelque temps, l'alimentation soit plus forte; la diminution du volume de la cuisse fait que la tumeur anévrysmale est mieux circonscrite; elle est plus dure et réduite d'un quart environ. La peau de l'extrémité inférieure gauche offre une sécheresse beaucoup plus grande que celle du membre droit correspondant; frictions avec l'alcool camphré étendu d'eau; trois quarts de portion d'alimens.

Du 20 au 25 juillet (du 35me au 40me jour), les ecchymoses du pied après être devenues stationnaires, se dissipent; l'escarrhe du

gros orteil est bornée, mais il s'en est formé au talon une autre qui résulte évidemment de la pression produite par le poids du membre. La température est normale et égale des deux côtés, mouvemens de l'extrémité inférieure gauche plus faciles et non suivis de douleur; rétrécissement très-manifeste du sinus, de la fosse iliaque et des trajets fistuleux; diminution de la quantité de la suppuration, qui ne séjourne plus; grand appétit, expression de gaîté; Breton commence à reprendre de l'embonpoint.

Du 26 au 31 juillet (du 41me au 46me jour), diminution progressive du volume de la tumeur; la plaie extérieure est réduite à l'étendue de quinze lignes; le sinus de la fosse iliaque n'existe plus, et la sonde ne pénètre plus qu'à un pouce de profondeur; le malade reste levé plusieurs heures par jour, assis dans un fauteuil. L'escarrhe du talon n'est pas bornée.

Du 1er au 10 août (du 47me au 57me jour), oblitération complète des trajets fistuleux; disparition des douleurs spontanées de la jambe et de la sensibilité du pied à la pression; Breton marche avec des béquilles, et va chaque jour dans les cours de l'hôpital respirer un air plus pur.

Le 15 août (61me jour), ennuyé du séjour à l'hôpital, Breton a demandé à s'en retourner chez lui, il s'y est rendu à pied, s'appuyant sur sa jambe droite et sur ses béquilles. A cette époque, la tumeur avait diminué de plus de moitié, et la plaie ne consistait plus qu'en un petit infundibulum entouré de chairs mollasses, qu'on réprimait souvent avec le nitrate d'argent, et dont la suppuration n'était autre qu'un suintement séreux; l'escarrhe du gros orteil était stationnaire, et ne présentait presque aucun travail d'élimination; celle du talon était arrêtée dans ses progrès, et avait environ l'étendue d'une pièce d'un sou.

Dans la deuxième moitié du mois d'août (3me mois depuis l'opération), la cicatrisation de la plaie est achevée; l'escarrhe du gros orteil s'est enfin détachée, ainsi que celle du talon; elles ont fait place à des plaies blafardes, atoniques et saignantes; l'ongle du gros orteil est noir et mobile.

En septembre (4e mois), les plaies de l'orteil et du talon se cicatrisent très-lentement, quoiqu'on s'efforce d'activer leur marche; la phalangette du gros orteil est à nu et nécrosée; l'ongle correspondant s'ébranle de plus en plus, et tombe enfin; Breton marchait à l'aide d'un bâton en s'appuyant sur le talon gauche, à la fin de septembre, lorsqu'il a été présenté à M. Roux qui passait à Angers.

En octobre et novembre (5e et 6e mois), la plaie du talon se ferme; l'ongle du gros orteil se reproduit; ceux des quatre autres orteils du même pied s'ébranlent et tombent à leur tour. La tumeur a diminué des trois quarts du volume qu'elle avait avant l'opération.

En décembre (7e mois), les ongles repoussent avec leurs caractères naturels, excepté celui du gros orteil qui est plus épais et un peu difforme; la moitié libre de la phalangette tombe, et la plaie du gros orteil se cicatrise. Sauf un peu de claudication qui dépendait de la sensibilité du gros orteil, la guérison était complète à la fin de décembre, époque à laquelle Breton a commencé à reprendre ses occupations habituelles. La tumeur anévrysmale, réduite alors à un très-petit volume, ne s'est dissipée tout-à-fait que dans le mois de janvier 1837; jamais, depuis l'opération, les doigts appliqués sur les artères du membre n'ont pu y percevoir aucun battement.

Réflexions. Cette observation peut être envisagée sous le triple point de vue 1° du procédé opératoire, 2° du pansement de la plaie, 3° de la gangrène qui s'est manifestée consécutivement au pied. Je vais examiner chacun de ces points sans m'astreindre à l'ordre dans lequel ils viennent d'être présentés. Je me demanderai premièrement quel pansement il convient de faire après la ligature de l'iliaque externe; s'il est préférable d'appliquer superficiellement la charpie entre les lèvres de la plaie, de porter, au contraire, des bourdonnets jusqu'au fond, ou de réunir immédiatement. Ces questions, qui m'avaient fortement préoccupé

avant mon opération, ne peuvent être résolues, je pense, d'une manière absolue pour tous les cas. Ainsi, je crois que quand on applique la ligature près du ligament de Fallope, on peut sans inconvénient panser à plat; car il est à peine nécessaire de décoller le péritoine (1). Mais il n'en est pas de même pour les cas où le fil constricteur est porté à quinze, dix-huit lignes et plus, au dessus de l'arcade; alors le péritoine est décollé plus ou moins largement, et le tissu cellulaire qu'on a déchiré avec le doigt, se trouve dans des conditions peu favorables à la réunion par première intention. Dans ces circonstances, le chirurgien qui laisse en contact avec elles-mêmes les parois d'un trajet aussi profond, s'expose à voir les parties superficielles de la solution de continuité se rétrécir et s'oblitérer les premières, et le pus séjourner dans la fosse iliaque. L'observation de mon malade justifie ces conclusions. N'avons-nous pas vu, en effet, les bords des muscles petit oblique et transverse adhérer promptement à l'arcade crurale, et intercepter presque complétement, et par deux fois, les communications avec le fond de la plaie? Si donc j'avais tenu dilaté son trajet, en le tamponnant dès le premier moment, n'est-il pas certain que j'aurais prévenu les effets de la rétention et du croupissement du pus qui ont eu lieu chez Breton? Ai-je besoin maintenant d'insister sur le danger d'une réunion immédiate par la suture ou les agglutinatifs? Si je ne me trompe, c'est à cette cause qu'il faut rapporter la mort du second opéré d'Abernethy; tout allait bien depuis huit jours que la ligature était appliquée, lorsqu'une rupture se fait dans le sac anévrysmal; le sang passe sous l'arcade crurale, gagne les régions iliaque et lombaire jusqu'au diaphragme, faute d'une libre issue, pour s'échapper au dehors; ce liquide se corrompt par le contact de l'air, et

(1) Bogros a fait observer que l'iliaque externe cesse d'être revêtue par le péritoine dans une étendue de six à sept lignes au dessus de l'arcade crurale. (*Considérations sur l'anatomie chirurgicale de la région iliaque*, etc. *Archiv. génér. de méd.*, tom. III, pag. 402.)

détermine des accidens funestes. On peut supposer, avec vraisemblance, qu'un événement pareil n'aurait pas eu lieu si l'on avait rempli la plaie de charpie. La réunion immédiate aurait les mêmes inconvéniens dans le cas d'une hémorrhagie provenant de l'un des bouts du vaisseau avant, pendant ou après la chute de la ligature.

Deuxièmement, c'est un fait trop remarquable que la chute des ongles des cinq orteils du pied gauche, coïncidant avec une gangrène circonscrite au gros orteil et au talon, et consécutives l'une et l'autre à la ligature de l'iliaque externe, pour que je le passe entièrement sous silence. Laissant de côté toute discussion sur les causes diverses de la gangrène, je dirai seulement que tout porte à penser que ces effets sont résultés d'un abord insuffisant des fluides réparateurs dans les parties qui en ont été le siége; véritable anémie qui a suspendu les fonctions nutritive et sécrétoires jusqu'au moment où la circulation collatérale à suppléé à la circulation directe.

Mais le troisième point, celui de l'opération, domine les deux précédens par son importance; c'est aussi celui sur lequel j'appelle, messieurs, plus particulièrement votre attention. Les idées des chirurgiens sont divergentes à cet égard, il reste encore à déterminer lequel des procédés mis en pratique jusqu'ici offre le plus d'avantages et le moins d'inconvéniens; je me propose donc, pour résoudre cette question, d'apprécier la valeur respective des procédés d'Abernethy, d'A. Cooper et de Bogros. L'expérience et l'autorité de noms illustres plaident en faveur des deux premiers; quant au troisième, conception d'un des anatomistes les plus distingués de notre époque, il se pourrait qu'il eût été employé pour la première fois sur l'homme vivant dans le cas que je viens de soumettre à l'Académie; mais il s'appuie sur des données si satisfaisantes que cette considération justifiera, je l'espère, la préférence que je lui ai donnée pour mon malade.

L'opération de la ligature de l'iliaque externe peut être divisée en trois temps; dans le premier, on intéresse la peau, le tissu cel-

lulaire graisseux, le fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique ; puis on divise ou l'on écarte les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse. Dans le deuxième, on incise ou l'on déchire le fascia transversalis ; dans le troisième, enfin, on décolle le péritoine, on divise la gaîne celluleuse commune aux vaisseaux iliaques, et l'on passe une ligature autour de l'artère. Comparons les trois procédés opératoires dans chacun de ces temps qui leur sont communs.

D'abord, la direction de l'incision et son siége sont différens dans chacun d'eux, et l'on ne peut nier que cette considération ne soit des plus importantes. On peut poser en principe pour la ligature des artères, que plus l'incision des tégumens se rapproche de leur direction, plus on a de facilité à les lier, puisqu'elles sont alors abordables dans la plus grande étendue possible. C'est conséquemment à cette règle que M. Abernethy, lorsqu'il fit sa première ligature de l'artère iliaque externe, incisa sur son trajet. Mais, s'étant aperçu que l'artère épigastrique pouvait être blessée, il fut conduit plus tard à donner à l'incision une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, depuis un point situé en dedans et à la hauteur à peu près de l'épine iliaque antérieure jusqu'à la partie moyenne de l'arcade crurale ; l'opérateur évitait ainsi l'inconvénient dont je viens de parler, mais il tombait dans un autre qui n'est pas moins grand, suivant moi ; remarquez, en effet, que cette dernière incision, située en dehors de l'artère n'y répond que par l'une de ses extrémités, et que c'est dans l'espace resserré de son angle interne qu'il faut manœuvrer pour lier le vaisseau placé à une grande profondeur ; opération qui, toujours difficile, doit l'être doublement quand on rencontre des ganglions engorgés dans la région iliaque, et alors que le sujet est chargé d'embonpoint.

Il semble que A. Cooper était préoccupé de ces inconvéniens lorsqu'il conçut l'idée de son incision curviligne, partant de l'épine de l'iléon et se terminant au dessus du pilier interne de l'anneau inguinal ; en circonscrivant un lambeau dans lequel est compris

l'aponévrose du grand oblique, il se fait place, ouvre largement le canal des vaisseaux spermatiques, et arrive avec plus de facilité aux parties profondes de la région inguino-iliaque; il n'est plus nécessaire, comme dans le procédé d'Abernethy, de couper les muscles petit oblique et transverse; l'espace ne manque pas pour mettre à découvert le fascia transversalis; il suffit de soulever la portion non adhérente de ces muscles, le cordon spermatique et le crémaster. Cependant le procédé du chirurgien de l'hôpital de Guy n'échappe pas complétement au reproche que j'ai fait à celui d'Abernethy; l'incision est aussi trop en dehors de l'artère et ne lui répond que dans une petite étendue. Sous ce rapport, et pour d'autres raisons, que je déduirai plus bas, je préfère l'incision de Bogros. Pratiquée à trois lignes au dessus et suivant la direction du ligament de Fallope, à cheval pour ainsi dire, sur l'iliaque externe qu'elle dépasse, en dedans et en dehors dans une longueur de douze à quinze lignes, elle est, avec elle, dans le rapport le plus immédiat et y conduit directement. Il est vrai qu'elle ne permet point d'écarter autant les lèvres de la plaie que celle de A. Cooper; mais, à cause de sa situation, un grand écartement n'est plus indispensable, et si la nécessité s'en faisait sentir, on l'obtiendrait facilement en donnant plus d'étendue à l'incision, et en détruisant plus ou moins avec le bistouri, comme je l'ai fait, les insertions des muscles petit oblique et transverse à la moitié externe du ligament de Poupart. L'observation de Breton démontre qu'avec cette modification légère, on peut facilement lier l'iliaque externe à une hauteur de quinze à dix-huit lignes au dessus de l'arcade crurale.

J'ai fait, de l'incision ou de la déchirure du fascia transversalis, un deuxième temps de l'opération, parce que, à mon avis, c'est une de ses difficultés. Cette aponévrose qui forme la limite commune des parties superficielles et des parties profondes de la région inguino-iliaque, a des rapports importans avec le péritoine et l'artère épigastrique, parties qu'il importe essentiellement de ménager. En suivant le procédé d'Abernethy, on ne risque point

d'intéresser l'artère épigastrique, puisqu'on se tient toujours en dehors d'elle ; mais, en attaquant le fascia à une distance assez grande du ligament de Poupart, dans un point où il adhère beaucoup au péritoine, et au moment où l'aponévrose et l amembrane séreuse, privées de soutien à cause de la section des muscles, sont poussées au dehors par la pression des intestins, on court le danger, sur le vivant, de pénétrer dans la cavité péritonéale. Il appartenait à un grand chirurgien de concevoir l'idée de dilater et de déchirer l'ouverture supérieure du canal inguinal pour arriver avec sûreté jusqu'à l'artère iliaque ; plus de crainte dès lors de léser le péritoine ou l'artère épigastrique, et c'est là ce qui recommande surtout le procédé d'A. Cooper. Mais il faut convenir que, tout en suivant les erremens du chirurgien de l'hôpital de Guy, Bogros a perfectionné encore ce temps de l'opération lorsqu'il a eu la pensée non moins heureuse de prendre pour guide l'artère épigastrique, et de remonter son cours jusqu'à l'iliaque externe. On sait, d'ailleurs, qu'il avait un autre but en procédant de cette manière ; il voulait s'assurer que la ligature serait toujours placée au dessus de l'origine des artères épigastrique et circonflexe ; indication qu'il importe d'autant plus de remplir qu'on a vu, par suite d'une variété anatomique, la ligature appliquée au dessous de la naissance de ces vaisseaux, déterminer, peu de temps après, une hémorrhagie mortelle (1).

(1) J'étais présent lorsque Béclard, qui fut mon maître et m'honora de son amitié, lia, suivant le procédé de Cooper, l'artère iliaque sur un homme d'une quarantaine d'années, à l'hospice de perfectionnement, le 22 mai 1822. La ligature fut appliquée immédiatement au dessous des artères circonflexe et épigastrique qui naissaient, par anomalie, un pouce au dessus de l'arcade crurale. Trente-six heures après, il survint une hémorrhagie qui fut suivie d'une seconde, puis d'une troisième qui emporta le malade le troisième jour après l'opération. L'habile et savant chirurgien s'était servi d'une ligature large de deux lignes et demie et d'un serre-nœud terminé par un renflement sphérique percé suivant la direction de la tige. Les bords de l'incision avaient été rapprochés par des agglutinatifs, de sorte qu'on fut obligé de rompre les adhérences récentes qui s'étaient formées pour appliquer le tamponnement.

Peut-être me taxera-t-on d'un vain désir d'innovation pour m'être écarté, dans l'opération de Breton, du précepte d'A. Cooper, dont j'ai préconisé les avantages. Je vais m'expliquer sur ce point. Déjà, à une époque antérieure, pour débrider une hernie inguinale étranglée au col du sac, hernie que le malade avait fait rentrer en masse avec son enveloppe péritonéale, j'avais pénétré dans la fosse iliaque en incisant le fascia transversalis parallèlement au ligament de Fallope, et j'avais atteint sans beaucoup de difficultés le but que je m'étais proposé ; d'un autre côté, j'avais remarqué que près de l'arcade crurale et dans l'étendue de plusieurs lignes, le péritoine et le fascia transversalis ne sont point accolés l'un à l'autre, qu'un espace rempli par du tissu cellulaire lâche, les sépare, et qu'il était facile, au moins sur le cadavre, de diviser l'aponévrose sans toucher à la membrane séreuse. Partant de ces données, j'ai suivi, sur le vivant, une voie qui m'était pour ainsi dire plus familière, et c'est la seule raison qui m'a porté à m'écarter du précepte d'un grand maître (1). Au reste, je ne prétends point modifier ce temps de l'opération, j'avoue même qu'il vaudrait beaucoup mieux se conformer, à cet égard, au procédé d'A. Cooper, bien qu'il ne permette pas de suivre aussi facilement le trajet de l'artère épigastrique, et de constater avec autant de précision son origine.

Enfin, si l'on considère les trois procédés sous le rapport de l'application de la ligature, on est tout d'abord frappé de l'imperfection de celui d'Abernethy ; on pressent, en effet, les difficultés qu'on rencontrera dans l'espace étroit de l'angle interne de la plaie, pour passer un fil autour de l'artère qui se dérobe à la vue de l'opérateur. Rien, peut-être, ne démontre mieux ce que j'avance, que la nécessité où s'est trouvé l'auteur lui-même, et d'autres après lui (Dupuytren, Frecr), de soulever l'artère avec

(1) Il ne faut point perdre de vue qu'une veine d'un assez gros calibre, la circonflèxe iliaque, est située derrière et à la hauteur du ligament de Poupart, et que, pour ne point s'exposer à l'ouvrir, il faut diviser le fascia-transversalis trois lignes au dessus de ce ligament.

le doigt, et de l'amener sur les lèvres de l'incision, au risque de produire des dilacérations qui peuvent ajouter au danger de l'opération. Le procédé d'A. Cooper, et surtout celui de Bogros, sont exempts de ces difficultés comme de ces inconvéniens; l'espace ne manque plus pour toucher et voir l'artère, pour déchirer la gaîne celluleuse qui l'unit à la veine iliaque, et enfin pour l'entourer d'un fil, sans la déplacer, soit qu'on se serve de l'aiguille à manche de Deschamps, soit qu'on préfère la sonde cannelée et le stilet aiguillé.

En résumé, les procédés de S. Astley Cooper et de Bogros, pour la ligature de l'iliaque externe, me paraissent l'emporter sur celui d'Abernethy, et des deux premiers, je préfère celui de Bogros comme plus simple et plus facile, et comme étant une déduction plus naturelle de l'anatomie chirurgicale de la région-iliaque.

FIN.